



**Banabuiú, 30 de Março de 2023**

**Memorando Nº 06 /2023.**

Senhor Presidente,

Venho através do presente, solicitar de Vossa Excelência baseado no Art. 24 § 1º do Regimento Interno da Câmara Municipal de Banabuiú, abonar minha ausência da sessão do dia 31 de março de 2023

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
**Samara Dayne Lemos**

**Legislatura 2021/2024**


  
\_\_\_\_\_  
**Helton Rodrigues Nunes**

**1º Secretário**

**Legislatura 2021/2024**

**Lido**

Em: 30/03/23

  
\_\_\_\_\_  
**Secretário(a)**

# ATESTADO MÉDICO

**Unimed**   
Fortaleza

**Hospital Regional**

www.hospitalregionalunimed.com.br  
Av. Visconde do Rio Branco, 4.000  
60055-172 Tauape, Fortaleza - CE  
T. (85) 3277-7000

O(a) Sr(a) Somere Dayne Lemos  
compareceu a esta clínica às 10 horas para:

- |                                      |                                     |                             |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 - Consulta _____                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 - Cirurgia _____          | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Acompanhar familiar _____        | <input type="checkbox"/>            | 5 - Fazer Radiografia _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Fazer exame de Laboratório _____ | <input type="checkbox"/>            | 6 - Fisioterapia _____      | <input type="checkbox"/> |

Comunicamos também que:

- a - pode voltar em seguida ao trabalho \_\_\_\_\_
- b - foi encaminhado à especialista  Laboratório  Radiologista
- c - deverá ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje \_\_\_\_\_
- d - deverá ficar afastado(a) do trabalho \_\_\_\_\_ dias a contar desta data \_\_\_\_\_
- e - poderia ter se apresentado, sem faltar ao expediente ou fora do horário de trabalho \_\_\_\_\_
- f - CID D.25

Fortaleza, 31 de março de 20 23

Dra. Clarissa Barreto  
Ginecologia e Obstetrícia  
CREMEC 10761

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

Ao Dep. Pessoal

PAA-1  PAA-1

Nome: \_\_\_\_\_

- 1 - Ficará afastado(a) do trabalho por \_\_\_\_\_ dias.
- 2 - Providenciar documento para benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
- 3 - Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento \_\_\_\_\_

DEP. MÉDICO